

նումից հետո առաջացած հղիության և ծննդաբերության վարձան մշակման գործընթացի համար հեղինակները խորհուրդ են տալիս հաշվի առնել ի հայտ բերված բոլոր օրինաչափությունները:

G. G. Dolyan, M. S. Tatevossian, K. M. Martirosian

Peculiarities of the Course of Pregnancy and Delivery at Induced Pregnancy with Clomiphene and its Analogues

A complex clinico-hormonal examination of women with pregnancy induced with clomiphene and its analogues has been carried out.

Definite clinical and hormonal objective laws are revealed peculiar to this contingent of women, specific features of the labor course are determined.

It is recommended to take into consideration all these peculiarities at choosing the tactics of conduction of the pregnancy and labor.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мануилова И. А., Иванов И. П., Пшеничникова Т. Я. Акш. и гинек., 1977, 11, с. 13.
2. Мануилова И. А., Сотникова Е. И., Похомова Н. А. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия. М., 1979.
3. Овсянникова Т. В., Пшеничникова Т. Я., Сотникова Е. И. Там же, с. 109.
4. Памфелиров Ю. К., Заяц В. В., Курговой А. А., Семинюте А. Н. Акш. и гинек., 1987, 6, с. 42.
5. Пшеничникова Т. Я. Акш. и гинек., 1978, 1, с. 43.
6. Пшеничникова Т. Я. Дис. докт. М., 1979.
7. Серов В. Н., Тумилович Л. Р., Шахова А. Д. Вopr. охраны матер. и детства, 1978, 12, с. 42.
8. Хейвек С. Н. В кн.: Современные методы диагностики и лечения перинатальной патологии. М.—Ереван, 1982, с. 104.
9. Ben-Rafael Z., Dor J., Mashiach S. Fertil. and Steril., 1983, 39, 157.
10. Caspi E., Ronen J., Schreyer P. et al. Brit. J. Obst. Gynecol., 1976, 83, 12, 967.
11. Fleming R., Clutts J. R. T. Brit. J. Obst. and Gynaecol., 1982, 9, 9, 749.
12. Garcia J., Weniz A. C., Jones J. S. Fertil. and Steril., 1977, 28, 7, 707.
13. Heck M., British M., Serr D. M. JAMA, 1972, 221, 10, 1329.
14. Kistner R. W. Fertil. and Steril., 1976, 27, 1, 72.
15. Masson G. M., Harris D. Obstet. Gynecol., 1982, 3, 1, 6.
16. Rudolf K., Aartens E., Ho mann R. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 4, 193.
17. Taymor M. L., Yussman M. A., Gminski B. S. Fertil. and Steril., 1970, 21, 11, 759.

УДК 616—053.7:618.3:618.5:616—053.31

С. М. Геворкян, А. М. Сулян, Н. С. Оганесян, А. Н. Кочарян

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

По литературным данным [1, 2], около 45—82% подростков в возрасте 15—19 лет живут активной половой жизнью, при этом беременность наступает в 36% случаев. Беременность у юных первородящих протекает в необычных условиях, что обусловлено недоразвитием компенсаторных механизмов организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов, а также адаптации новорожденных у юных первородящих.

Исследования проводились в НИЦ по охране здоровья матери и ребенка за период с 1991 по 1994 г. Из 26753 родов 775 (2,8%) составили юные роженицы в возрасте 15—19 лет (основная группа). В контрольную группу включены 100 здоровых рожениц в возрасте 20—25 лет. Из 775 юных беременных 730—первобеременные и 45—повторнобеременные. Распределение женщин основной группы по возрасту и кратности беременности приведены в табл. 1.

Таблица 1

Возраст в годах	19	18	17	16	15
Общее число, %	500 64,1%	221 27,2%	48 6,2%	14 1,8%	2 0,3%
Первобеременные	472 94,4%	199 91,3%	46 55,9%	11 78,5%	2 100%
Повторнобеременные	28 5,7%	12 5,7%	2 4,1%	3 21,5%	

Из анамнеза выявлено, что 97,6% юных женщин посещали женскую консультацию, 2,3% на учете в женской консультации не состояли. В первом триместре беременности взяты на учет 76,2%, во втором триместре—21,7% и 2,1% женщин встали на учет в женской консультации в третьем триместре беременности; 0,8% юных первобеременных были школьного возраста, 26,6% — студентки, 15,5% — служащие, 15,9% — рабочие и 41,3% — домохозяйки.

У 63,1% наблюдаемых юных женщин менархе наступило в 13—14 лет, у 14,1% отмечено позднее и у 4,8% — раннее менархе. Начало половой жизни с 14 лет отметили 0,6%, с 15 лет—3,1%, с 16 лет—20,4%, с 17 лет—50,5%, с 18 лет—13,5% и с 19 лет—11,9% женщин.

Установлено, что 97,5% наблюдаемых юных женщин перенесли детские инфекции, 24,1% — аппендэктомию, 18,3% — тонзиллэктомию; у 5,6% выявлено ожирение I—II степени, у 0,6% — сахарный диабет и у 5,6% отмечен тиреотоксикоз различной степени выраженности. Заболевания сердечно-сосудистой системы установлены у 14,8% женщин. Все беременные, страдающие экстрагенитальными заболеваниями, были в возрасте 17—19 лет. Показатели соматического и гинекологического анамнеза юных женщин и женщин контрольной группы достоверно не различались ($P \leq 0,05$).

Анемия беременности диагностирована у 4,9% 16—19-летних, в контрольной группе — у 2%. Различной степени тяжести гестозы второй половины беременности отмечены у 7,6% пациенток (4% в контрольной группе). В возрасте 19 лет гестозы наблюдались в 62,3% и в 31,5% случаев среди 18-летних женщин. По одному случаю гестозов (5,5%) вы-

явлено у женщин в возрасте 15, 16 и 17 лет. Выявлено 5,1% случаев преэклампсии и 3,4% случаев эклампсии, в контрольной группе данная патология не отмечена. Течение беременности у юных женщин осложнилось ранним гестозом (3,3%), острыми респираторными заболеваниями (11,2%). Три женщины (1%) отмечали угрозу прерывания беременности. Таким образом, из 775 женщин у 426 (54,9%) беременность сопровождалась рядом осложнений, что повлияло на состояние здоровья матери и ребенка. Этим, видимо, обусловлена высокая частота внутриутробной гипотрофии плода — 6,1% (в контрольной группе 3%). Методом кардиотокографии гипоксия плода установлена у 12,6% юных беременных и у 4% женщин контрольной группы.

Таким образом, из общего числа обследованных юных рожениц в 54,9% случаев выявлены осложнения беременности, что не могло не повлиять на здоровье матери и ребенка.

Срочные роды составили 91%, преждевременные — 8,3%, роды переносным плодом 0,6%. В контрольной группе эти показатели соответственно: 96, 4 и 0%. В 42% родов имел место ряд осложнений.

Частота (в%) осложнений в родах у юных рожениц приведена в табл. 2.

Таблица 2

Группа	Тазовое пред- леж. плода	Поперечное положение плода	Прелож. плаценты	Узкий таз	Гипоксия плода	Дородовое излитие вод	Слаб. род. сил	Гипотон. кровотечение	Отслойка плаценты
Основная	2,10	0,2	1,6	0,5	6,7	16,6	4,9	6,1	1,4
Контрольная	1	—	1	—	2	11	2	4	1

Акушерскими щипцами родоразрешились — 1,1% женщин, 0,2% — посредством вакуум-экстракции, в 0,1% случае произведен внутренний акушерский поворот плода на ножку. В родах и в раннем послеродовом периоде у 6,1% юных матерей и у 4% женщин контрольной группы имело место гипотоническое кровотечение. Кровопотеря при этом составила 500—800 мл. Ручное обследование полости матки произведено в 6% случаев у юных женщин и в 3% случаев в контрольной группе. Роды с длительным безводным периодом отмечены у 12,3% юных и у 8% женщин контрольной группы.

Исходя из интересов матери и плода, в 17,4% случаев в основной группе произведено рассечение промежности (в контрольной группе у 9%). Повреждения мягких родовых путей у юных матерей составили: разрывы промежности и влагалища 13,6% (в контрольной группе 9%), разрывы шейки матки — 18% (в контрольной группе 10%). В шести случаях отмечено осложненное течение послеродового периода: субинволюция матки — в 0,6%, эндометрит в 0,1% случаев. В контрольной

группе данные осложнения послеродового периода отмечены не были.

В 3,2% случаев роды у юных первородящих закончились операцией кесарево сечение. Показаниями к оперативному родоразрешению послужили: предлежание плаценты в 48%, поздний гестоз в 20% случаев, который сочетался с токсическим зобом III°, диабетом, гипоксией плода. Из-за неправильного вставления головки и гипоксии плода оперированы 8% женщин, по поводу клинически узкого таза и острой внутриутробной гипоксии плода—16% пациенток. Внутриутробная гипоксия плода и тяжелая сердечно-сосудистая патология послужила показанием к кесареву сечению в 8% случаев.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у оперированных женщин явились: сердечно-сосудистая патология (28%), анемия беременных (12%) и сахарный диабет (16%). Кесарево сечение в контрольной группе произведено в 1 случае по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Мы изучали также особенности течения раннего неонатального периода у 163 новорожденных от юных матерей для выявления критериев прогнозирования состояния плода и новорожденного, позволяющих совершенствовать мероприятия по перинатальной охране плода. С этой целью мы провели клинко-лабораторные исследования у 163 юных первородящих и их новорожденных (основная группа) и у 90 первородящих в возрасте 20—24 лет и их новорожденных (контрольная группа). У матерей основной группы течение беременности осложнилось у 75 (46%) гестозами—8%, анемией—2,5%, угрозой прерывания беременности—14,7%, сердечно-сосудистыми заболеваниями—7,4%, инфекцией мочеполовой системы—6,1%. Острые респираторно-вирусные заболевания в течение беременности перенесли 35 (21,5%) юных матерей, болезнь Боткина—4 (2,4%). Роды осложнились у 24 (14,7%) беременных основной группы: преждевременное излитие околоплодных вод—7,4%, частичная отслойка плаценты—2,5%, гипотоническое кровотечение—4,9%, выпадение петель пуповины—0,6%. Путем кесарева сечения родоразрешились 5 (3,4%) женщин. У матерей контрольной группы заболевания и осложнения течения беременности выявлены у 14 (15,5%) женщин: гестозы—у 2 (2,1%), инфекция мочеполовой системы—у 1 (1,1%), острые респираторные заболевания—у 10 (11,1%), угроза прерывания беременности—у 3 (3,3%), отягощенный акушерский анамнез—у 2 (2,2%). Осложнения родов в контрольной группе выявили у 7 (7,7%) рожениц: преждевременное излитие вод—у 2 (2,2%), слабость родовой деятельности—у 3 (3,3%), гипотоническое кровотечение—у 2 (2,2%). Все женщины родоразрешились через естественные родовые пути.

Таким образом, течение беременности и родов у юных женщин осложнялось чаще ($p > 0,05$), чем у женщин репродуктивного возраста.

Новорожденные юных матерей при рождении оценены по шкале Апгар 1—4 балла (73%). Заболевания среди этих новорожденных выявлены у 56 (34,4%): асфиксия—2,5%, внутричерепное кровоизлия-

ние—0,6%, внутриутробные инфекции—8,5%, пороки развития—2,5%, гемолитическая болезнь новорожденных на фоне АВО конфликта—2,5%, внутриутробная гипотрофия плода—16,6%.

Нарушение адаптации выявлено у 41 (25,1%) новорожденного: нарушения мозговой гемодинамики—у 12 (7,4%), синдром дыхательных расстройств—у 20 (12,3%), желтушный синдром—у 9 (2,19%). Умер один недоношенный массой 1800,0, ростом 42 см от последствий перенесенной хронической гипоксии и внутриутробной пневмонии.

Бактериологические исследования мекония и желудочного содержимого проведены у 63 новорожденных основной группы сразу после рождения. Первичную обсемененность различными условно-патогенными микроорганизмами выявили у 46,4% новорожденных. Из 29 новорожденных, обсемененных в интранатальном периоде, у 14 (48,3%) зарегистрированы внутриутробные бактериальные инфекции на 1—3-е сутки жизни в виде пневмоний—у 4 (13,8%), омфалита—у 3 (10,3%), конъюнктивита—у 2 (6,9%), дакроцистита—у 1 (3,4%), пиодермии—у 4 (13,8%). Заболеваемость в неонатальном периоде составила 34,4%.

Новорожденные контрольной группы оценены по шкале Апгар 1—4 балла—1 (1,5%), 5—7 баллов—12 (19%), 8—10 баллов—50 (78%). Заболеваемость в неонатальном периоде составила 20%. Асфиксия отмечена у 2,2%, внутриутробные инфекции—у 3,3%, гемолитическая болезнь новорожденных, обусловленная Rh и АВО конфликтом,—у 3,3%. Дисадаптационные синдромы выявлены у 18 (20%). Из бактериологически обследованных 40 новорожденных контрольной группы первичная обсемененность условно-патогенными микроорганизмами выявлена у 4 (10%). Инфекционные заболевания в раннем неонатальном периоде не зарегистрированы.

Проведенные клиничко-лабораторные исследования выявили, что нарушения адаптационного периода и заболеваемость у новорожденных от юных матерей в 1,7 раза превышает данные контрольной группы. Учитывая первичную высокую обсемененность условно-патогенными микроорганизмами, считаем целесообразным проведение бактериологического исследования новорожденных юных матерей в плане раннего применения различных антибиотиков в качестве профилактических мероприятий для предотвращения развития инфекционных процессов.

Таким образом, юные беременные и роженицы, а также их новорожденные входят в группу высокого риска, что диктует в течение беременности и родов у этой группы женщин необходимость проведения лечебно-профилактических мер.

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 16/VI 1993 г.

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄԵԴԻԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ՈՒ ՆՈՐԱՄԻՆՆԵՐԻ
ՀԱՐՄԱՐՄԱՆ (ԱԴԱՏՏԱՑԻԱ) ՎԵՐԱ ԿԱՆԱՆՑ ԴԵՌԱՀԱՍՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՂԴՈՒՄ Է ԱՐԴՅՈ՞Ք

Դեռահաս կանանց հղիության և ծննդաբերության ընթացքի, նրանց նորածինների հարմարման առանձնահատկությունների ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ կանանց մեծ մասի հղիությունը և ծննդաբերությունը ուղեկցվել են մի շարք բարդություններով, որոնք ազդել են մայրերի և նրանց նորածինների հարմարման վրա:

Դա հիմնավորվում է երիտասարդ տարիքի հղիներին ու ծննդաբերներին, ինչպես նաև նրանց նորածիններին դասելու բարձր ռիսկի խմբին, ապահովելով հատուկ հսկողություն ու խնամք նման հղիների, ծննդաբերների և նորածինների հանդեպ:

S. M. Gevorg'ian, A. M. Soulian, N. S. Hovanesian, A. N. Kocharian

Peculiarities of the Pregnancy and Delivery Courses of Youthful Women and their Newborns' Adaptation

It is shown that youthful pregnant and women in birth as well as their newborns must be included into the group of high risk. It is recommended to carry out treatment and prophylactic measures for prevention of complications during their pregnancy and delivery and of neonatal period of their newborns.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davis S. *Pediatr. Clin. N. Amer.*, 1989, 36, 3, 665. 2. Osbourne G. K., Howat R. C. and Jordan M. M. *Gynecology.*, 1981, 88, 215. 3. Tandu-Umbo M. F. et. al. *Gynecologic Obstetrics et Biologie de la Reproduction.*, 1982, 12, 873.

УДК 572.7:611—018.51:616—053.7:618.2

Т. С. Драмлян, Г. Х. Драмлян, С. М. Геворкян

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Согласно литературным данным [3, 7] 1,5—2,8% рожениц составляют юные женщины (16—19 лет). Беременность у них протекает необычно вследствие незрелости адаптационных механизмов организма, часто отягощаясь токсикозами, анемией, внутриутробной гипотрофией плода, преждевременными родами и другими осложнениями [1, 2, 5]. Наблюдения показывают, что среди юных первородящих гипертензия составляет 29,5%, анемия 8,5%, преждевременные роды 30% [1, 2, 5]. Анемии и кровотечения в родах в данной возрастной группе нередко являются следствием длительного установления ритма менархе, гиперпо-